

診療情報提供書

株式会社同仁がん免疫研究所

提携医療機関名： 医療法人 社団 鎌田医院

医師名： 鎌田 文隆

印

(フリガナ) 患者氏名	様	性別： 男 ・ 女
住所：		
〒		
		電話番号：
		携帯電話：
生年月日：(西暦)	年	月 日 () 歳 職業：

病名

感染症 該当するものに○、それ以外は取消線を入れて下さい なし ・ HBV ・ HCV ・ HIV ・ HTLV ・ W 氏 ・ その他() ※HBV・HCV は治療適用、それ以外の場合にご相談ください。

既往歴

治療歴	手術	(有 ・ 無)	手術日： 年 月 日
	化学療法	(有 ・ 無)	治療開始日： 年 月 日
	放射線治療	(有 ・ 無)	治療開始日： 年 月 日
	その他の治療	(有 ・ 無)	

治療経過

現在の処方

同意書・治療申込書

年 月 日

※希望する療法に○印を付けて下さい。

- () 6種複合免疫療法 CSC (CSC :Cancer Stem Cell,がん幹細胞)
 (がん幹細胞・がん細胞を標的とした新樹状細胞ワクチン療法)
- () 6種複合免疫療法 BASIC (6種)
 (ほぼ全てのがんの治療、免疫力向上によるがん予防)

私は、病状と本治療の必要性について、医師から説明を受けました。その説明及び本同意書に記載されている事項について十分理解した上で本治療を受けることに同意し、治療の申込みを致します。この説明を受け同意、治療申込みをしたことにつきましては、後に異議の申し立てはいたしません。

1. 不測の事態により培養及び保存中の免疫細胞が使用不能な場合、再度の採血をお願いすることがあること。
2. 治療中に緊急治療を行う必要が生じた場合は、施行されること。
3. 治療費の支払い義務は、採血した血液を細胞加工施設へ発送した際に発生し、その後都合により治療を中止することとなっても、料金の払い戻しはなされないこと。
4. 凍結細胞を用いて治療する場合は、投与予定日の 22 日前より支払い義務が発生、かつ治療を中止することになっても料金の払い戻しはされないこと。

患者様	氏名	印
	現住所	TEL : 携帯電話 :
代諾者	氏名	印 患者様との続柄()
	現住所	TEL : 携帯電話 :
費用請求先		下記のいずれかに○印を付けてください。 患者本人 代諾者 その他(下記にご記入下さい)
	氏名	
	現住所	TEL : 携帯電話 :

- 注意 1 患者様の欄は、ご本人が記入・捺印してください。
 病状により御本人が記入できない場合は代筆し、患者様の印を捺印してください。
- 注意 2 代諾者の欄は、配偶者、子、親、兄弟、姉妹もしくはその他の保証人の成人者が記入・捺印してください。
- 注意 3 本治療を受けることを拒否することは任意であり、いつでも可能です。
 ※本治療を通じて患者様から入手しました個人情報の取り扱いは、「個人情報取扱実施規程」に沿って保護いたします。

担当医師 (説明を行った医師)

施設： 医療法人 社団 鎌田医院

氏名： 鎌田 文隆 印

外来治療予定表（変更届）

コース

(✓をつける)

- 【CSC】6種複合免疫療法 (CSC :CancerStemCell,がん幹細胞)
(がん幹細胞・がん細胞を標的とした新樹状細胞ワクチン療法)
- 【BASIC】6種複合免疫療法 (6種)
(ほぼ全てのがんの治療、免疫力向上によるがん予防)

治療方法

(✓をつける)

- 生血培養
- 凍結培養

フリガナ

患者氏名： _____ 様 (_____)クール目

必要事項を記入し、**採血当日中に**当研究所までFAXをお願い致します。当研究所より確認印を押して返送致します。※FAXには原本をご使用ください。

・初回採血日より約3週間後に1回目の治療日です。

施設名： 医療法人 社団 鎌田医院

・必要な培養日数は18-28日間です。

連絡者： 鎌田 文隆

回数	外来日	変更日	備考
初回採血	月 日 曜	伝票番号	
1回目治療	月 日 曜	月 日 曜	
2回目治療	月 日 曜	月 日 曜	
3回目治療	月 日 曜	月 日 曜	
4回目治療	月 日 曜	月 日 曜	
5回目治療	月 日 曜	月 日 曜	
6回目治療	月 日 曜	月 日 曜	

※ 外来予定日が変更しましたら至急上記の変更日に記入されて、当研究所までFAXをお願い致します。

CPC 確認印:

印

備考